Aus der Hautklinik der Universität Marburg (Lahn)
(Direktor: Professor Dr. med. Ruete).

Über einen Fall von ekzematoider Trichophytie oder allergischem Ekzem.

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
verfaßt und einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von
HEINRICH STUTZMANN
Assistenzarzt
Gelsenkirchen

MARBURG 1934

DISSERTATIONS-VERLAG G. H. NOLTE DÜSSELDORF

Angenommen von der Medizinischen Fakultät Marburg
am 23. Juli 1934.

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

Referent: Professor Dr. med. Ruete.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

MEINEN LIEBEN ELTERN IN DANKBARKEIT
GEWIDMET!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554410_0077

In einem großen Teile der Medizin haben sich seit einigen Jahren Begriffe,die sich an das Wort Allergie knüpfen, in steigendem Maße eingebürgert.

An dieser Entwicklung, die heute noch nicht abgeschlossen ist, ist die Dermatologie in besonderem Maße beteiligt, und es haben hier unter diesem allgemeinen Einfluß einige Hauterkrankungen eine Neuorientierung erfahren. Zu dieser Neuorientierung gehört der nachstehende beobachtete interessante Beitrag zum Allergieproblem am Menschen.

Eine Sonderung und Wertung des Wichtigen vom dermatologischen Standpunkte ist Zweck der folgenden Abhandlung.

Pat. H. M. Melker, geb. 6. 10. 1907.

Vorgeschichte:

Der Vater ist 53 Jahre alt, lebt und ist gesund, die Mutter starb 1918 an einer Grippe. Drei Geschwister leben und sind gesund. Keine Hauterkrankungen in der Familie. Pat. hat infolge seines Berufes als Melker viel mit Vieh zu tun. Im Jahre 1918 hatte Patient eine Kopfgrippe. Vor einem Jahr zeigte sich bei dem Pat. zum erstenmale ein Hautausschlag, den er selbst mit Jod äußerlich behandelte. Auf diese Therapie gute Besserung. Seit 4 Wochen erneuter Hautausschlag, der sich ganz allmählich und ohne Schmerzen und Juckreiz bildete. Pat. behandelte den Ausschlag mit Jod und beobachtete einen guten Rückgang.

Nach Beendigung der Jodbehandlung nahm der Prozeß wieder zu. Nach Angabe des Pat. geht der Hautausschlag so weit wie die Arme bei der Vieharbeit entblößt waren.

Sonst fühlte sich der Pat. wohl.

Befund am 25. 3. 33.

Mittelgroßer, kräftiger Mann in gutem Kräfte- und Ernährungszustand.

Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet.

Lunge: Thorax gut gewölbt, seitengleiche Atemexcursionen. Grenzen gut verschieblich. Keine Dämpfung, keine Klopfschalldifferenz. Normales Vesiculäratmen.

Herz: Grenzen normal. Aktion regelmäßig. Leises systolisches Geräusch an der Spitze.

Bauch: Ohne krankhaften Befund.

Nervensystem: Pupillen reagieren auf Licht und Convergenz. Sämtliche Reflexe normal auslösbar.

Genitale: Ohne krankhaften Befund.

Haut: An beiden Armen befinden sich etwa bis zur Mitte des Unterarmes teilweise papulöse, teilweise plaquesartige, etwas geröötete, leicht schuppende Effloreszenzen, die vom Gesunden ziemlich scharf abgesetzt sind.

Am Hals und im Gesicht findet man die gleichen Hautveränderungen. Die Wimpern des Unterlides fehlen fast vollständig. Die Oberlider zeigen auch nur spärliche Wimpern.

Therapie: Unter Tumenol-Zinkpasteverbänden heilt der Prozeß sehr schnell ab.

27. 3. 33. Eine Trichophytin-Impfung zeigt einen positiven Ausfall.

29. 3. 33. Pat. wird nach Abheilung des Prozesses entlassen.

5. 4. 33. Wiederaufnahme in die Klinik. Nachdem Patient zwei Tage zu Hause war, entstanden wieder an den Armen die oben beschriebenen Hautveränderungen. Pat. ist zu Hause wieder mit Kühen umgegangen, die auf dem Rücken Hautveränderungen zeigen, die mit Haarausfall einhergehen.

6. 4. 33. Nach Ablösung der Schuppen durch Salicyl wird Pat. mit Röntgenstrahlen behandelt und zwar erhält er 8 Positionen zu ⅓ H. E. D. auf beide Arme.

8. 4. 33. Die Hautveränderungen sind vollständig verschwunden.

11. 4. 33. Der Stall, in dem Pat. seine Erkrankung bekommen hat, wird besichtigt. Pat. gibt an, daß er die Erkrankung von jungen Tieren bekommen habe. Bei diesen Tieren finden sich auf dem Schwanz kreisrunde, etwa pfennigstückgroße Herde, die keinen Haarwuchs mehr zeigen. Einige Schuppen werden abgeimpft und auf Nährböden gebracht. Auch ältere Kühe haben Prozesse am Schwanz; hier wird ebenfalls abgeimpft. In den Haaren werden massenhaft Läuse gefunden.

Pat., der die Kühe gehalten hatte, hatte abends wieder einen Hautausschlag.

Es ist weiter von Interesse, daß auch die Braut des Pat. am Halse dieselben Hautveränderungen zeigt.

Die Abstriche von den Kühen ergaben bei mikroskopischer Untersuchung Schimmel- und Trichophytonpilze.

13. 4. 33. Pat. erhält nochmals 8 Pos. Röntgenstrahlen a. 3 Minuten.

Mit leicht geröteten Hautpartien wird Pat. geheilt entlassen.

Diagnose:

Ekzematoide Trichophytie oder Allergisches Ekzem.

Zunächst einen kurzen Überblick über Pathogenese und Biologie der Trichophytie und des Ekzems. Aus allen Versuchen von Impfung und Wiederimpfung von lebenden oder toten Pilzen oder sogar deren Produkten, dem Trichophytin, hat sich das bis heute gültige Resultat ergeben, daß die erstmalige Erkrankung der Haut mit einem Trichophytonpilz imstande ist, den gesamten Organismus in einer bestimmten Weise umzuändern, d. h. der Körper wird allergisch. Die allergische Umstellung äußert sich im wesentlichen in einer Überempfindlichkeit des gesamten Körpers gegen die betreffenden Pilze oder deren Toxine. Bei einer späteren Erkrankung gleicher Art oder bei einer Impfung mit Pilzen oder Toxinen zeigt es sich, daß der Krankheitsverlauf sich geändert hat. Es tritt nämlich bei einer zweiten Erkrankung und erworbenen Allergie eine Entzündung schon in der Zeit auf, wo der Körper bei der ersten Erkrankung noch gar nicht reagierte. Es tritt eine Sofortreaktion auf. Noch eine zweite Änderung ist bei der allergischen Haut zu beobachten. Je nach der Stärke der Allergie ergibt sich, daß bei häufigeren Wiederimpfungen eine Mykose in Erscheinung tritt, die abgekürzt verläuft mit wenigen oder gar nicht nachweisbaren Pilzelementen oder daß gar keine Entzündung entsteht. Die Stärke der Allergie ist abhängig von der Virulenz des Pilzes, von der Zahl der Impfungen, von der Größe, Ausdehnung und Tiefe der ursprünglichen Herde. Ein sehr wesentlicher Faktor der Trichophytie-Allergie ist das Vorkommen von komplementbindenden Antikörpern, die zuerst von Fr. Blumenthal und A. v. Haupt nachgewiesen wurden. Diese Antikörper sind jedoch nicht absolut spezifisch für die Trichophytie, da die Reaktion auch bei anderen Erkrankungen (Tuberkulose und Sykosis) positiv ausfiel. H. Martenstein fand im Serum allergischer Meerschweinchen einen toxinbildenden Antikörper, der sich jedoch im Serum trichophytiekranker Menschen nicht nachweisen ließ. M. Jessner und H. Hoffmann fanden dagegen einen Antikörper im Serum trichophytiekranker Menschen, dessen Wirkung sich allerdings nur auf Wachstumshemmung der Pilze beschränkt. Es muß jedoch festgestellt werden, daß beide Antikörper wegen ihres verschiedenen Vorkommens (Meerschweinchen — Mensch) sowie wegen ihrer verschiedenen Wirkung nicht identisch sind. (Verschiedene Wirkung: Toxinbildend und Allergieauslösend bei Martenstein; nur Wachstumhemmend bei Jessner-Hoffmann). (Br. Bloch, E. Nathan, A. Jesionek, E. Sutter).

Zur Pathogenese des Ekzems.

Unter Ekzem verstehen wir eine entzündliche Reaktionsart der Haut auf eine meist von außen kommende Einwirkung von Stoffen oder Reizen der verschiedensten Art. Zu Anfang des 20. Jahrhunderts wurde eifrigst nach einem eigentlichen Ekzemerreger geforscht, jedoch ohne Erfolg. Man stellte fast regelmäßig Streptokokken

oder Staphylokokken fest, jedoch hielt man diese nicht für die primäre Ursache des Ekzems, da die frischesten Bläschen frei von Kokken waren. Diese Infektion mit Kokken konnte also nur als ein sekundäres Moment bei der Entwicklung eines Ekzems angesprochen werden. Im letzten Jahrzehnt ist man von der Auffassung einer parasitären Erkrankung des Ekzem abgekommen, vielmehr richtete man sein Augenmerk immer mehr auf die allergischen Erscheinungen der Haut bei Ekzemerkrankungen. (Storm van Leeuwen, G. A. Rost, J. Jadassohn, K. Kreibisch).

Eine solche Umwälzung konnte sich natürlich nicht vollziehen, ohne daß Widersprüche und Unstimmigkeiten auftraten.

Weder über die Bedeutung und das Wesen der hauptsächlichen Begriffe wie Anaphylaxie, Idiosynkrasie und Allergie herrscht bisher eine Einigkeit. Jedoch ist eine genaue Definition dieser Begriffe erforderlich:

1. Inhalt und Umfang des Allergiebegriffes ist seit dem Jahre 1906 bis auf die jüngste Zeit in den großen Grundsätzen durch v. Pirquet bestimmt, der darunter nicht mehr verstanden wissen wollte als die klinische Änderung der Reaktionsfähigkeit des Organismus in zeitlicher, quantitativer oder qualitativer Beziehung, welche durch Überstehen einer Krankheit, durch körperfremde Substanzen oder durch bakterielle Produkte zustande kommt. Diese Definition der Allergie von v. Pirquet ist für große Teile der Medizin von ungeheurer Bedeutung gewesen, und auch in der Dermatologie haben einige Kapitel unter diesem Einfluß eine vollständige Neuorientierung alter Lehren und Begriffe erfahren. Jedoch zeigt sich, daß die Definition der Allergie von v. Pirquet den Allergieforschungen der neueren Zeit nicht mehr ganz standzuhalten vermag, wie es besonders R. Doerr immer wieder hervorhebt.

2. Die Anaphylaxie wurde von Richet auf Grund von experimentellen Untersuchungen am Meerschweinchen gefunden. Und gerade das Tierexperiment, der Symptomenkomplex des anaphylaktischen Schocks sowie die Annahme, daß nur Eiweißkörper eine Anaphylaxe zu erzeugen vermögen, haben lange Zeit daran gehindert, die Anaphylaxie in nähere Beziehung zur Allergie zu bringen bzw. die Anaphylaxie als eine besondere Art der Allergie zu bezeichnen.

3. Älteren Datums als Anaphylaxie und Allergie ist der Begriff der Idiosynkrasie.

Von Idiosynkrasie spricht man in den Fällen, wo bei Einwirkung einer Substanz bei einer geringen, zahlenmäßig nicht zu erfassenden Anzahl von Menschen eine abnorme Reaktion auftritt, während bei der größten Anzahl der Menschen nicht irgendwelche Erkrankungen eintreten, selbst wenn mehr oder minder starke Dosierungen der Noxe angewandt werden. Der Begriff der Idiosynkrasie sagt jedoch nichts über Beschaffenheit und Art der Erkrankungen. Mit dem Begriff der Idiosynkrasie wird lediglich die individuelle Wirkung von Substanzen betont, die bei den meisten Menschen keine Erscheinun-

gen machen. Nach dieser Definition muß man mit Sicherheit die Urticaria, das Quinckesche Oedem, Asthma und Heuschnupfen zu den Idiosynkrasien rechnen, da bei diesen Erkrankungen die oben beschriebene Definition zutrifft.

Es erhebt sich jedoch die schwierige Frage, ob sich diese Erkrankungen nicht doch sehr gut in den Begriff der Allergie einordnen lassen.

Zu diesem Zwecke ist es erforderlich, klare Richtlinien aufzustellen, um zu beweisen, wann es sich um eine echte allergische Reaktion gegenüber anderen Reaktionen des Körpers handelt.

Diese Richtlinien lassen sich in zwei Hauptsätzen zusammenfassen, aus denen weiterhin grundsätzliche Folgerungen zu schließen sind:

1. Die Hauptursache der Allergie ist die Bildung spezifischer Antikörper als Reaktion des Organismus auf körperfremde Stoffe (Antigene).

Die Antikörper gehen eine Bindung mit den Antigenen ein. Die in den Zellen gebildeten Antikörper bleiben im allgemeinen an ihrer Bildungsstätte; in einigen Fällen, die bisher ungeklärt sind, werden sie von den Zellen abgestoßen und existieren als sog. „freie Antikörper". Der Kern der allergischen Reaktion ist also die Bildung von Antikörpern, die eine Verbindung mit den Antigenen eingehen, von denen wir wissen, daß sie nicht Eiweißnatur zu haben brauchen, da immer mehr nicht proteinartige Stoffe als Antigene nachgewiesen wurden.

2. Die allergische Reaktion kommt zustande durch die Bindung der Antigene mit den Antikörpern am zellständigen Sitz der Antikörper.

Hieraus läßt sich ohne Schwierigkeiten folgern, daß sich die allergische Reaktion sehr verschieden abspielen muß je nach der Affinität der Antigene zu bestimmten Organen. (z. B. Primel-Dermatitis; Pollentoxin-Respirationswege).

Aus diesen beiden Sätzen lassen sich wichtige Erscheinungen ableiten: die Sensibilisierung und Allergisierung, die Immunisierung und Desensibilisierung. Einen Körper zu sensibilisieren heißt durch einmalige oder häufigere Zufuhr von Antigen die Produktion von Antikörpern anzuregen. Bei allen Erkrankungen, die unter Mitwirkung von Antikörpern zustande kommen, können wir die Feststellung machen, daß das Antigen eine leichte oder gar keine Wirkung auslöst. Wir haben dann eine Immunität bezw. Antianaphylaxie oder Desensibilisierung vor uns. Der Grund zu diesen Reaktionsveränderungen ist sehr mannigfaltig. Zwei wichtige Erklärungen können dafür angegeben werden: 1. chemische Bindung von Antigen und Antikörpern.

2. Unmöglichkeit der Zellen neue Antikörper zu bilden, nachdem sie die vorhandenen Antikörper verloren haben.

Deswegen ist es erklärlich, daß eine Desensibilisierung oder Immunität in den Fällen schwer zu erreichen ist, wo nur z e l l s t ä n -

dige Antikörper vorhanden sind, bezw. diese die freien Antikörper an Zahl überragen. (Storm van Leeuwen, Jadassohn). Maßgeblich für alle diese Erscheinungen ist und bleibt der Nachweis von spezifischen Antikörpern, der bei den Erkrankungen des Menschen durch die bekannte Prausnitz-Küstnersche Methode geschieht. Die gesamte Allergieforschung, besonders auch in der Dermatologie, spitzt sich nun auf die Frage zu: Sind die bekannten idiosynkrasischen Erkrankungen in Einklang zu bringen mit der allergischen Reaktion, d. h. beruhen sie auf einer Antigen-Antikörperwirkung? Die Entscheidung dieser Frage im negativen oder positiven Sinne kann natürlich von umwälzender Bedeutung sein, und es ist deswegen notwendig bei allen Erkrankungen den exakten Beweis zu führen.

Gegen die Allergietheorie der Idiosynkrasie könnten in der Hauptsache folgende Einwände erhoben werden:

1. Eine Allergie läßt sich willkürlich und ziemlich regelmäßig bei jedem Menschen, der für ein Antigen einer Tierart empfindlich ist, erzeugen. (z. B. Trichophyton-Impfung.)

2. Im Gegensatz dazu ist die Idiosynkrasie als ein eng an die individuelle Konstitution gebundener Vorgang aufzufassen.

3. Hinzu kommt noch die Frage nach der Natur der Idiosynkrasiogene.

F. Blumenthal und K. Jaffé stehen auf dem Standpunkt, daß die Idiosynkrasie durch äußere chemische Verbindungen ausgelöst werden, während bei der Allergie Stoffe in Frage kommen, die entweder selbst Eiweißstoffe sind oder zu diesen in sicherer Beziehung stehen, sog. eiweißaffine Allergene.

Andere Forscher z. B. W. Frei erkennen jedoch die eiweißartige Beschaffenheit der Allergene nicht mehr an, da es ihnen gelungen ist, zu beweisen, daß z. B. Tuberkulin oder Trichophytin dialysable Nichtproteine sind.

Die Ausführungen zeigen die Schwierigkeiten, mit denen z. B. dieses Problem behaftet ist. Zweckmäßig ist es infolgedessen, daß eine strenge Beweisführung für die allergische Art einer Erkrankung geführt werden muß.

Zwei Hauptforderungen sind deshalb an die Beweisführung zu stellen:

1. Der Nachweis von spezifischen Antikörpern.

Von allen Kriterien ist dieses das weitaus wichtigste, ja das einzige von absoluter Beweiskraft. Die Antikörper haben eine besondere Haftfähigkeit zum Antigen und zu den Hauptzellen. Durch eine Injektion von Antigen an eine vorher mit Antikörpern beladene Hautstelle kommt es an dieser Stelle zu einer Sofortreaktion, die man vergleichen kann mit der Reaktion bei echt allergischen Erkrankungen. Die Prausnitz-Küstnerschen Antikörper sind also als die verantwortlichen Körper für die allergische Reaktion anzusehen, wie dies besonders in der neueren Zeit von R. Doerr vertreten wird.

Gegenüber dem direkten Nachweis von Prausnitz-Küstnerschen Antikörpern treten alle anderen Untersuchungen und Überlegungen zurück.

2. Die zweite Hauptforderung ist die willkürliche Sensibilisierung, d. h. das Vermögen einen Organimus gegen eine Substanz experimentell zu sensibilisieren. Zwar kommen auch bei den Idiosynkrasien willkürliche Sensibilisierungen vor, wie das vor allem J. Jadassohn bei seinem Odolekzem gezeigt hat. Diese willkürliche Sensibilisierung tritt jedoch nur bei einzelnen Individuen auf, sodaß hier eine Kluft besteht zwischen Idiosynkrasie und Allergie, wenn es nicht gelingt, eine große Anzahl, wenn nicht alle Individuen experimentell zu sensibilisieren.

Erst dann könnte man diesen Prozeß nicht mehr gegen eine echt allergische Reaktion abgrenzen.

Die verschiedenen idiosynkrasischen Erkrankungen verhalten sich nun gegenüber diesen Hauptforderungen unterschiedlich, sodaß für jede der Beweis geliefert werden muß, ob sie den oben beschriebenen Anforderungen bei der Beweisführung genügen. Zu nennen wäre für diese Beweisführung in der Hauptsache die Serumkrankheit, die Urticaria, die eigentlichen Toxikodermien (Arzeneimittelidiosynkrasien), und vor allem das Ekzem.

Bei der Serumkrankheit des Menschen gibt ein artfremdes Eiweißgemisch als Antigen den Ausschlag. Es ist heute erwiesen, daß man durch Zuführung von artfremdem Serum mit Sicherheit eine Sensibilisierung hervorrufen kann. Aber bei dieser bei jedem Menschen zu erreichenden Überempfindlichkeit fehlt der Prausnitz-Küstnersche Antikörper und es tritt keine Sofortreaktion auf.

Im engen Zusammenhang mit der Serumkrankheit steht die Urticaria. Aus dem Grunde, daß viele Urticariafälle nach Genuß von eiweißhaltigen Nahrungsmitteln auftreten, ist es naheliegend, diese Erkrankung in den Bereich der Allergie zu ziehen. Auch hier hängt die Entscheidung von dem Nachweis der Prausnitz-Küstnerschen Antikörper ab; die Zahl dieser Fälle, in denen bisher Antikörper nachgewiesen wurden, mehrt sich ständig und damit kann der allergische Charakter der Urticaria angenommen werden.

Eng verbunden durch fließende Übergänge sind mit der Urticaria die Toxikodermien. Von der Urticaria zeichnen sie sich durch stärkere und tiefgreifendere Entzündungen sowie in der Art der Noxe aus. Die auslösenden Noxen sind meist rein chemische Stoffe, d. h. Nichtproteine, während bei der Urticaria eiweißhaltige Stoffe als Noxen im Vordergrund stehen. Die Frage, ob die Toxikodermien eine allergische Reaktion sind, entscheidet der Nachweis der Prausnitz-Küstnerschen Antikörper. Jedoch stehen hier die Resultate im krassen Widerspruch, d. h. der größeren Zahl von negativen Befunden steht eine kleinere Zahl positiver Befunde gegenüber, sodaß diese Frage nicht klar zu entscheiden ist und späteren Forschungen überlassen bleiben muß.

Das Ekzem nimmt in der Darstellung der allergischen Erkrankungen einen geringen Raum ein. Es mag dies sehr merkwürdig erscheinen, zumal das Ekzem die weitaus häufigste Hauterkrankung darstellt. Eine Erklärung dafür ist jedoch die, daß es bis in die jüngste Zeit kaum gelungen ist, ein Ekzem experimentell zu erzeugen. Wie schon vorher betont, wurde das Ekzem als parasitäre Erkrankung aufgefaßt. Hinzu kommt, daß es heute noch an der Krasen- und Diathesenlehre des Ekzem festgehalten wird, die das Ekzem als eine Stoffwechselanomalie betrachtet. Die neuere Forschung stellt sich jedoch auf die Frage ein:

Ist das Ekzem eine Idiosynkrasie oder nach Br. Bloch eine Allergie, d. h. eine auf einer Antigen-Antikörper beruhende Reaktion?

Diese Frage ist jedoch schwer zu entscheiden. Zunächst muß als wichtiger Faktor aller Untersuchungen herausgestellt werden, daß wir im Ekzem eine typische idiosynkrasische Erscheinung zu sehen haben, die sich von den urticariellen Erkrankungen nur durch die Beteiligung der Epidermis unterscheidet. Diese Mitbeteiligung der Epidermis ist anatomisch zu erkennen an der Spongiose und Parakeratose, funktionell an dem Verhalten der Schleimhäute, die sich an der Entzündung nicht beteiligen. Die Haut der Ekzematiker unterscheidet sich von der Haut des normalen Menschen durch ihre größere Überempfindlichkeit gegenüber irgendwelchen Noxen, d. h. ein Ekzem entsteht immer dann, wenn eine ekzematogene Substanz mit der für sie empfindlichen (idiosynkrasischen) Haut in Berührung kommt. Jedoch ist hierbei zu erwähnen, daß bei der weitaus größten Zahl der Ekzeme die Berührung von außen erfolgt. Auch die endogene Zufuhr einer Noxe ist imstande ein haematogenes Ekzem hervorzurufen. Dieses ist deswegen hervorzuheben, weil eine Haut, die eine Idiosynkrasie für im Körper gebildete Stoffe besitzt, viel häufiger mit einem Ekzem reagiert als eine nur exogen bedingte idiosynkrasische oder gar normale Haut. Zweifellos spielt auch die Art der Zuführung einer Noxe eine Bedeutung; wir wissen, daß die rein ekzematösen Hauterscheinungen die Ausdrucksweise einer cutanen, die urticariellen einer transcutanen Applikationsweise sind. Wie es aber auf der einen Seite Noxen gibt, welche häufig urticarielle, sogar bronchiale, nie aber ekzematöse Erscheinungen machen, so gibt es auf der anderen Seite Stoffe, die sich nur in einer ekzematösen Reaktion äußern. (Chinin, Salvarsan, Schuppen usw.).

Diese Überlegungen drängen die Frage auf, ob es sich beim Ekzem nicht um eine allergische Erkrankung handeln kann. Wie steht es jedoch mit dem Nachweis der Prausnitz-Küstnerschen Antikörper beim Ekzem?

Dieser Nachweis ist bisher noch nicht einwandfrei geglückt. Bei den fraglichen positiven Resultaten ist zu bedenken, daß es sich neben der ekzematösen auch um eine urticarielle Überempfindlichkeit handeln kann. Damit ist selbstverständlich nicht gesagt, daß das

Ekzem nicht auf einer Antikörperreaktion beruhen soll. Denn bei der Überlegung der Mitbeteiligung der Epidermis beim Ekzem besteht die Möglichkeit, daß die Antikörper in einer anderen Zellschicht gebildet werden als die Antikörper bei einer urticariellen Reaktion, und daß sie fest an die Zellen gebunden sind und nicht frei werden, um eine Bindung mit einem Antigen eingehen zu können.

Deswegen versucht man auf dem Gebiete des Ekzem eine andere Annäherung an die Allergie zu finden, und zwar über die Primelidiosynkrasie, bei der es gelungen ist, experimentell nach Belieben Sensibilisierungen durchzuführen. Klinisch betrachtet ist die Primelerkrankung eine typische Idiosynkrasie, an die nur die Haut mit einer ekzematösen Reaktion beteiligt ist. Impft man jedoch die normale Haut eines Menschen mit einem Extrakt aus der Primelpflanze, so entsteht in allen Fällen eine mehr oder minder starke Reaktion an der Impfungsstelle, nach deren Abheilung sich auch die gesamte Haut als empfindlich zeigt gegen Primel und zwar nicht temporär begrenzt, sondern für immer.

An diesen Versuchen hat sich also das, was bisher als trennend zwischen Idiosynkrasie und Allergie stand, beseitigen lassen, d. h. die individuelle Reaktion ist einer generellen gewichen, indem man mit einem nicht eiweißartigen Antigen, das bisher als ein reines Idiosynkrasiogen angesprochen werden mußte, die gesamte Haut in eine spezifische Reaktion versetzte, die sich in nichts von einer echt allergischen Reaktion unterscheidet. Daraus läßt sich nur deuten, daß es sich tatsächlich um eine Antigen-Antikörperreaktion handeln muß, wenn auch bisher der Nachweis der Prausnitz-Küstnerschen Antikörper nicht gelungen ist. Als sicher ist jedoch anzunehmen, daß im Falle der Primelidiosynkrasie es sich um eine Reaktion handelt, die ähnlich, wenn nicht identisch der allergischen ist.

Nach dieser speziellen Ausführung muß man zu dem allgemeinen Ausgangspunkt für die vorliegenden Betrachtungen zurückkommen, der sich in die Frage formulieren läßt: Liegt den idiosynkrasischen Erkrankungen, Ekzem, Urticaria, Toxikodermie und verwandter Zustände wie Serumkrankheit eine echte Antigen — Antikörperreaktion zugrunde? Anders ausgedrückt, sind all diese Erkrankungen nichts anderes als der Ausdruck einer Reaktion von einem Antigen mit einem Antikörper?

Bei genauer Beurteilung dieser Frage muß man sagen, daß hierüber noch keine endgültige Antwort gegeben werden kann. Es gibt zwar eine gewisse Gruppe von Idiosynkrasien, die absolut als allergische Reaktion durch den direkten Nachweis der Antikörper festgestellt ist. Bei vielen anderen Gruppen ist eine allergische Reaktion mehr oder minder als zweifelhaft anzusehen. Daß es sich bei allen Ekzemen um eine allergische Reaktion handelt, kann nicht als erwiesen angesehen werden, obgleich nicht abzustreiten ist, daß die Allergie für die Aetiologie der Ekzeme eine große Rolle spielt.

Die Beweise für eine solche Anschauung haben sich so gemehrt, daß es nicht gewagt erscheint, in dieser Hinsicht an die Allergietheorie große Hoffnungen zu knüpfen.

Klar und eindeutig liegen ja heute schon die Verhältnisse in den Fällen, wo es gelungen ist, die Prausnitz-Küstnerschen Antikörper nachzuweisen. Es läge infolgedessen nahe, diese Erkrankungen, die ihrem Charakter nach als echte Antigen-Antikörperreaktion aufzufassen sind, als eine besondere Klasse aus dem gesamten Gebiet der Idiosynkrasie herauszunehmen (z. B. Heufieber, Asthma, Serumkrankheit, Primelidiosynkrasie und einige Nahrungsmittelidiosynkrasien). (Ph. Keller, E. Urbach.) Jedoch ist durch die Herausnahme dieser Erkrankungen aus dem Begriff der Idiosynkrasie und durch Einweisung in die Allergietheorie noch nicht der Zwiespalt Idiosynkrasie oder Allergie zugunsten des allergischen Begriffes aus der Welt geschafft. Ob die Idiosynkrasie dem Begriff der Allergie unterzuordnen ist, darüber gehen die Meinungen noch sehr auseinander.

Wichtiger als das Trennende ist jedoch das Gemeinsame.

Entscheidend ist zum Schluß der Nachweis, daß so viele klinisch differente Prozesse, die wir bis heute als idiosynkrasisch bezeichnet haben, doch in den Begriff der Allergie gehören, und zwar insofern, als es sich um eine Reaktion handelt, hervorgerufen durch die Wirkung von Antigen und Antikörpern.

Es werden durch diese Feststellungen eine Reihe von Hauterkrankungen in ihrer Pathogenese entschieden klarer als durch die Ideen alter Theorien (Krasen — Diathesentheorie).

Nach genauer Definition der erwähnten Begriffe und Fragen, ist es angebracht, kritisch Stellung zu nehmen, ob es sich in dem anfangs beschriebenen Fall um eine ekzematoide Trichophytie oder um ein allergisches Ekzem handelt. Aus verschiedenen Anzeichen und Tatsachen bin ich geneigt, die Diagnose Trichophytie zu stellen. Zunächst fiel die am 27. 3. 33 ausgeführte Trichophytinimpfung positiv aus.

Der klarste Beweis wird jedoch geliefert durch das mikroskopische Untersuchungsergebnis der Abstriche der Kühe, bei denen einwandfrei Trichophytonpilze festgestellt wurden.

Sodann sprach die auffallend schnelle Abheilung der Hauterscheinungen nach medikamentöser und röntgenologischer Behandlung viel mehr für eine Trichophytie, da bekanntlich die Behandlung eines Ekzems, auch im frischen Zustande, in den meisten Fällen sehr hartnäckig ist und Wochen und Monate in Anspruch nimmt.

Wenn ich die Bezeichnung e k z e m a t o i d e Trichophytie gewählt habe, so aus dem Grunde, da die Efflorescenzen sehr dem Bilde eines Ekzems gleichen.

An dieser Stelle möchte ich Herrn Professor Dr. med. R u e t e für die gütige Überlassung der Arbeit meinen ergebensten Dank aussprechen.

LITERATUR-VERZEICHNIS

F. Blumenthal u. v. Haupt, Deutsche medizinische Wochenschrift 1920. Nr. 2 S. 37—39.
F. Blumenthal u. v. Haupt, Dermatologische Zeitschrift 1922. Bd. 36. S. 318—336.
H. Martenstein, Archiv für Dermatologie 1921. Bd. 13. S. 180—192.
M. Jessner u. H. Hoffmann, Archiv für Dermatologie 1924. Bd. 145. S. 187—192.
Br. Bloch, in Jadassohn, Hdb. d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten Bd. 11. S. 564—604.
Br. Bloch, in Jadassohn, Hdb. d. Haut- und Geschlechtskrankheiten Bd. 11 S. 300—363.
E. Nathan, Dermatologische Wochenschrift 1920 Bd. 71. Nr. 27. S. 439—448.
A. Jesionek, Beiträge z. path. Anatomie 1921 Bd. 69. S. 122—142.
E. Sutter, Dermatologische Zeitschrift 1917 Bd. 24. S. 65—99.
W. Storm van Leeuwen, Ref. Zentralblatt für Hautkrankheiten Bd. 20 S. 51.
G. A. Rost, Münchener medizinische Wochenschrift 1933 Nr. 8 S. 287—291.
J. Jadassohn, Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1929 Jg. 26 S. 145—152 u. 182—187.
K. Kreiblich, in Jadassohn, Hdb. d. Haut- und Geschlechtskrankheiten Bd. 6 Tl. 1. S. 1—300.
R. Doerr, Archiv f. Dermatologie Bd. 151 S. 7—60.
F. Blumenthal u. K. Jaffe, Berlin 1933. S. Karger.
W. Frei, Med. Klinik 1929. Nr. 4. S. 133—134.
J. Jadassohn, Klinische Wochenschrift 1923 Nr. 36 S. 1680—1684 und Nr. 37/38 S. 1734—1739.
Br. Bloch, Monatsschrift für Kinderheilkunde 1929 Bd. 44 S. 17—44.
Ph. Keller, Archiv für Dermatologie 1924 Bd. 148 S. 82—97.
E. Urbach, Wien 1932. Maudrich.

LEBENSLAUF.

Am 13. April 1905 wurde ich als Sohn des Friseurs Heinrich Stutzmann und seiner Ehefrau Johanna, geb. Oldemeier, evgl. Konfession, zu Wattenscheid i. W. geboren. Nach 4jährigem Volksschulbesuch trat ich in die Sexta des humanistischen Gymnasiums zu Wattenscheid ein. Dort bestand ich am 11. 3. 1925 meine Reifeprüfung. Meine vorklinischen Semester studierte ich in Marburg (Lahn), wo ich am 12. 8. 1927 mein ärztliches Vorexamen mit gut bestand.

Die beiden ersten klinischen Semester studierte ich in Münster i. W. und in Bonn. Die drei letzten klinischen Semester verbrachte ich wieder in Marburg (Lahn). Am 3. 7. 1930 bestand ich dort mein medizinisches Staatsexamen mit dem Prädikat gut. Mein Medizinalpraktikantenjahr absolvierte ich am städtischen Krankenhause in Bielefeld i. W. Meine Approbation erhielt ich am 2. 8. 1931. Seit dem 15. 10. 1931 bin ich als Assistenzarzt auf der gynaekologisch-geburtshilflichen Abteilung des evgl. Krankenhauses zu Gelsenkirchen i. W. beschäftigt.

Heinrich Stutzmann.